

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

714/744 P STREET
P.O. BOX 942732
SACRAMENTO, CA 94234-7320



September 26, 1990
Letter No.: 90-87

TO: All County Welfare Directors
All County Administrative Officers
All County Medi-Cal Corrective
Action Liaisons

SUBJECT: Beneficiary Reporting Stuffer

This letter transmits a beneficiary reporting stuffer which will accompany the October Medi-Cal cards (see enclosure). Your county's clients will be receiving it soon.

The stuffer is designed to remind Medi-Cal beneficiaries that they have a responsibility to report changes to their local county welfare department within 10 days. If successful, your county should experience an increase in client reporting in October and November.

Case errors caused by client non-reporting accounted for approximately 50 percent of all case errors during the October 1988 - September 1989 quality control review period. Nearly three out of every four misspent Medi-Cal dollars were client caused during the same period. The stuffer is an initiative of the Department's Corrective Action Unit to address client non-reporting. We know of several county corrective action efforts to help reduce client caused errors and we appreciate such commitment to preventing errors. Thank you for your dedication.

If you have questions about this stuffer, please contact Flo Beller, Chief of our Corrective Action Unit at (916) 324-4974.

Sincerely,

ORIGINAL SIGNED BY

Frank S. Martucci, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosure

RECORDATORIO IMPORTANTE
LA LEY DEL ESTADO EXIGE QUE USTED DEBE REPORTAR TODO INGRESO Y CAMBIOS QUE PUEDAN AFECTAR SU ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR MEDICAL

- Ejemplos de cambios que deben ser reportados a su trabajador incluyen:
- Usted o alguien en su hogar **empezó o dejó un trabajo**
 - Cualquier **aumento o reducción** en ingresos de cualquier miembro de la familia
 - Cambio de dirección
 - Alguien se mudó a su hogar o se fue de él
 - El nacimiento de su bebé
 - El final de su embarazo
 - Cualquier aumento en sus recursos como cuentas de banco, vehículos, etc.
- Cambios en la situación de ciudadanía/immigración de algún miembro de la familia.

A MENOS QUE USTED REPORTE CAMBIOS EN UN PLAZO DE DIEZ (10) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DEL CAMBIO, SU TARJETA DE MEDICAL PUEDE SER DEMORADA O DESCONTINUADA
... **ES SU RESPONSABILIDAD.** ...

RECORDATORIO IMPORTANTE
LA LEY DEL ESTADO EXIGE QUE USTED DEBE REPORTAR TODO INGRESO Y CAMBIOS QUE PUEDAN AFECTAR SU ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR MEDICAL

- Ejemplos de cambios que deben ser reportados a su trabajador incluyen:
- Usted o alguien en su hogar **empezó o dejó un trabajo**
 - Cualquier **aumento o reducción** en ingresos de cualquier miembro de la familia
 - Cambio de dirección
 - Alguien se mudó a su hogar o se fue de él
 - El nacimiento de su bebé
 - El final de su embarazo
 - Cualquier aumento en sus recursos como cuentas de banco, vehículos, etc.
- Cambios en la situación de ciudadanía/immigración de algún miembro de la familia.

A MENOS QUE USTED REPORTE CAMBIOS EN UN PLAZO DE DIEZ (10) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DEL CAMBIO, SU TARJETA DE MEDICAL PUEDE SER DEMORADA O DESCONTINUADA
... **ES SU RESPONSABILIDAD.** ...

RECORDATORIO IMPORTANTE
LA LEY DEL ESTADO EXIGE QUE USTED DEBE REPORTAR TODO INGRESO Y CAMBIOS QUE PUEDAN AFECTAR SU ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR MEDICAL

- Ejemplos de cambios que deben ser reportados a su trabajador incluyen:
- Usted o alguien en su hogar **empezó o dejó un trabajo**
 - Cualquier **aumento o reducción** en ingresos de cualquier miembro de la familia
 - Cambio de dirección
 - Alguien se mudó a su hogar o se fue de él
 - El nacimiento de su bebé
 - El final de su embarazo
 - Cualquier aumento en sus recursos como cuentas de banco, vehículos, etc.
- Cambios en la situación de ciudadanía/immigración de algún miembro de la familia.

A MENOS QUE USTED REPORTE CAMBIOS EN UN PLAZO DE DIEZ (10) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DEL CAMBIO, SU TARJETA DE MEDICAL PUEDE SER DEMORADA O DESCONTINUADA
... **ES SU RESPONSABILIDAD.** ...

RECORDATORIO IMPORTANTE
LA LEY DEL ESTADO EXIGE QUE USTED DEBE REPORTAR TODO INGRESO Y CAMBIOS QUE PUEDAN AFECTAR SU ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR MEDICAL

- Ejemplos de cambios que deben ser reportados a su trabajador incluyen:
- Usted o alguien en su hogar **empezó o dejó un trabajo**
 - Cualquier **aumento o reducción** en ingresos de cualquier miembro de la familia
 - Cambio de dirección
 - Alguien se mudó a su hogar o se fue de él
 - El nacimiento de su bebé
 - El final de su embarazo
 - Cualquier aumento en sus recursos como cuentas de banco, vehículos, etc.
- Cambios en la situación de ciudadanía/immigración de algún miembro de la familia.

A MENOS QUE USTED REPORTE CAMBIOS EN UN PLAZO DE DIEZ (10) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DEL CAMBIO, SU TARJETA DE MEDICAL PUEDE SER DEMORADA O DESCONTINUADA
... **ES SU RESPONSABILIDAD.** ...